

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THESE

N°

493

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Charles POLAK

Né le 2 Juin 1906, à Paris

DU RÉGIME ALIMENTAIRE
DES GOUTTEUX

Président de Thèse : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

**DU RÉGIME ALIMENTAIRE
DES GOUTTEUX**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Charles POLAK

Né le 2 Juin 1906, à Paris

**DU RÉGIME ALIMENTAIRE
DES GOUTTEUX**

Président de Thèse : M. F. BEZANÇON, Professeur

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPEL.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BESANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉQUORT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	II. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	GUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiâtr.
BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
BERNARD Et... Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale
DE GAUDART
D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ Henri.. Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.
LANTUÉJOL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expériment.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI.. Neurologie et Psychiâtr.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-
DUTAILLÉ. Pathologie chirurgicale
PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale
SÉZARY Dermatologie et syphi-
ligraphie.
TROISIÈRE Pathologie expériment.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLÉRY-RADOT
(Pasteur) .. Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	GUÉNIOT	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN		LE LORIER ...	
BRULÉ		LÉVY-SOLAL ..	
CHIRAY		METZGER	
DUVOIR			
HARVIER			
LIAN			

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale.
CADENAT	
HEITZ-BOYER ..	
MOCQUOT	
MOURE	
SCHWARTZ ...	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agr.	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE C. HEILBRON

In memoriam.

A MES PARENTS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*En hommage de ma respectueuse gratitude pour
l'enseignement qu'il nous a prodigué.*

A MON MAÎTRE

M. le DOCTEUR MATHIEU-PIERRE WEIL.

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

*En témoignage respectueux de ma très profonde
gratitude pour l'aide qu'il n'a cessé de m'ap-
porter et pour la confiance dont il veut bien
m'honorer.*

A MON MAÎTRE

M. le DOCTEUR J. CHARRIER

Chirurgien des Hôpitaux,

Assistant de M. le Professeur GOSSET

à la Salpêtrière.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Dont j'ai eu le privilège d'être l'élève. En témoignage de ma profonde reconnaissance pour l'exemple qu'il a été pour nous.

A MON MAITRE

M. le DOCTEUR V. OUMANSKY

Ancien Chef de Clinique à la Faculté.

Hommage de mon très sincère attachement.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. le PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*),

M. le PROFESSEUR GOSSET.

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ RIBIERRE

(*in memoriam*)

M. le PROFESSEUR LÉON BERNARD

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS

M. le DOCTEUR SAUVÉ

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN HUTINEL

(*in memoriam*)

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ MONDOR

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ ALAJOUANINE

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ ECALLE

M. le DOCTEUR MATHIEU-PIERRE WEIL

M. le PROFESSEUR AGRÉGÉ PASTEUR VALLERY-
RADOT.

I. — INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion de suivre, avec notre Maître le Docteur Mathieu-Pierre WEIL, un grand nombre de goutteux, et de constater combien l'évolution de cette affection conduisait à des constatations thérapeutiques différentes de celles qui sont classiquement admises, il nous a semblé utile de présenter une étude critique d'un des points les plus intéressants de la thérapeutique de la goutte, le régime alimentaire.

En effet, si l'étude clinique de cette affection est admirablement établie pour ce qui est de ses lignes générales, il n'en est plus de même de sa pathogénie et de son traitement : les hypothèses soulevées, les discussions sans cesse renouvelées à son sujet, prouvent que l'accord est loin d'être fait sur ce point.

A ce problème depuis longtemps déjà s'est attaqué notre Maître, M. Mathieu-Pierre WEIL. Les conseils, les éléments de travail nous ont été donnés par lui avec la plus grande bienveillance et la plus grande générosité. Nous lui devons beaucoup et, pour ce qui est de l'orientation médicale qu'il nous a fait prendre, nous lui devons presque tout, si ce n'est tout. Qu'il en soit ici remercié.

Qu'il nous soit également permis d'exprimer notre affectueuse gratitude, pour son aide très précieuse, à

M. le Docteur V. OUMANSKY qui, dans le service de M. le Docteur Mathieu-Pierre Weil, nous a témoigné un intérêt agissant et spontané en de nombreuses circonstances.

L'étude qui fera l'objet de cette thèse portera surtout sur la question du régime du gouteux. Il est cependant indispensable, pour justifier certaines indications diététiques que nous serons amenés à poser, d'envisager les bases dites scientifiques du régime alimentaire de ces malades. Nous serons ainsi entraînés à exposer les bases scientifiques sur lesquelles s'appuient les applications diététiques que nous allons exposer.

Nous montrerons dans un bref chapitre de début, et de la manière la plus simple possible, les grandes étapes qui, dans l'histoire de la goutte, ont exercé une influence prépondérante sur l'établissement du régime alimentaire de cette affection. A ce propos se préciseront tout naturellement les grandes lignes et les divisions principales de ce travail.

II. — HISTOIRE DU RÉGIME

Depuis que SCHEIDE et GARROD ont montré que la fameuse « humeur peccante » cherchée depuis l'époque galénique était un corps chimique nettement défini dont la surabondance dans les humeurs semblait constante au cours des crises de goutte, on créa des « régimes anti-uriques ».

A vrai dire, leur efflorescence date de la grande époque chimique allemande de la fin du siècle dernier.

On sait qu'à la suite des recherches de BURIAN et SCHUR et de BRUGSCH il fut établi que l'acide urique contenu dans l'organisme vivant avait une double origine : exogène, provenant des apports alimentaires; endogène, dont la source était dans la destruction de nos propres tissus.

Sur ce dernier, l'action thérapeutique n'avait pas prise. Il n'en est, par contre, pas de même du précédent qui représente les neuf dixièmes de la quantité d'acide urique contenu dans l'organisme.

On établit donc des « tables de régime » dans lesquelles les aliments furent classés d'après leur teneur en acide urique, ou mieux, d'après leur pouvoir générateur d'acide urique.

On vit que les aliments les plus riches en acide

urique étaient les abats. On discuta sur le rôle des purines végétales, thé, café, pois, haricots...

On supprima la viande (BRUGSCH et SCHITTENHELM), le lait, le pain blanc, les œufs, le fromage (KRAUS et BRUGSCH), les fraises (GARROD) et l'on sait que cette confusion ne s'étendait pas à la seule alimentation solide, mais que, pour ce qui est des boissons, des exclusions aussi nombreuses et bien souvent contradictoires avaient également été prononcées.

GARROD avait déjà constaté que les vins, surtout de certains crus, étaient essentiellement gouttogènes. Cette constatation, et tout particulièrement l'influence provocatrice d'accès des grands bourgognes, du vin de Porto, fut obscurcie par l'époque allemande et, encore que l'on eût déjà remarqué la sensibilité prépondérante de certains sujets à certains vins, supportés par les uns, non supportés par d'autres, il faut arriver à WIDAL qui, à la suite de ses recherches sur la colloïdoclasie, fut frappé du rôle particulièrement nocif des grands vins de Bourgogne que lui avait révélé la constatation de réactions individuelles de certains sujets à ces vins. De fait, il existe « toute une série de substances, variables selon les individus, variables peut-être aussi selon la période à laquelle ceux-ci sont arrivés dans la vie et la maladie, qui, du fait d'une hypersensibilité innée et souvent toute personnelle, exercent une influence néfaste sur l'équilibre des humeurs ». (Mathieu-Pierre WEIL.)

A vrai dire, à l'heure actuelle, cette question de l'intolérance du gouteux apparaît prépondérante.

S'il n'est donc pas sage de donner un régime riche en purines — une telle alimentation étant très probablement mauvaise pour le foie, dont nous verrons également le rôle discuté, avec celui du rein, dans l'apparition de la goutte — il faut avant tout supprimer les aliments vis-à-vis desquels l'individu est sensible.

On verra donc qu'il est certains aliments dits aliments hépatiques et aliments nervins qu'il convient de proscrire chez certains goutteux ; il est d'autre part des aliments vis-à-vis desquels la « sensibilité » du goutteux quel qu'il soit a été prouvée : ceux-ci seront rigoureusement défendus, car, pour ce qui est de ces derniers, l'intolérance est formelle, tandis que, pour ce qui est des autres, elle varie avec l'individu.

Nous avons en vue l'alimentation de l'individu goutteux en dehors de ses crises. Toutes ces considérations sont également vraies pour la crise de goutte. Il est d'ailleurs évident que durant les accès aigus, on modifiera le régime alimentaire parce que le goutteux peut alors présenter de la température ou parce qu'il va être soumis à une médication assez particulière qui ne s'adapte pas facilement avec un régime carné par exemple : ce sera alors le moment de prescrire la diète, puis un régime de restriction banale d'autant qu'il s'agit souvent de pléthoriques, d'obèses. Ce régime sera encore différent selon l'acuité des accès et moins strict si la crise est moins aiguë.

Ce qu'en somme nous désirons exposer dans cette thèse, c'est ce point de vue que la part accordée à

la notion urique dans le régime des gouteux est tout à fait excessive. Nous ne croyons plus que chez le gouteux existe originellement une incapacité à la transformation de l'acide urique et que la goutte soit une maladie due à l'enrichissement de l'organisme en acide urique.

Bien au contraire, le régime tel que nous croyons devoir l'envisager prend appui sur cette conception que le gouteux doit être considéré peut-être comme un hépatique, ce qui est vrai pour certains, peut-être comme un « nerveux », ce qui est vrai pour d'autres, toujours et avant tout comme un hypersensible et c'est cette dernière conception qui nous a paru la plus certaine et la plus stable, celle dont il faut tenir le plus grand compte pour régler le régime.

III. — LES THÉORIES PATHOGÉNIQUES DE LA GOUTTE. — LEUR CRITIQUE ET LEURS APPLICATIONS DIÉTÉTIQUES

Le régime de restriction a, depuis la plus haute antiquité, représenté le régime le plus apte à empêcher le retour offensant des crises de goutte. Une telle réglementation du régime chez les gouteux ne pouvait avoir qu'un effet salutaire. Récemment encore LLEWELYN JONES écrivait dans son livre : « Restriction et non élimination est la maxime la plus sage, surtout chez les personnes indolentes ou à habitudes sédentaires chez qui on peut avec avantage limiter la quantité d'aliments au minimum nécessaire pour le maintien de la nutrition. » Cependant, autrefois on avait également procédé à un choix dans la nature des aliments permis au gouteux, on avait depuis fort longtemps déjà éliminé de son alimentation un certain nombre d'éléments nuisibles, car on avait bien observé que leur consommation ne convenait pas au gouteux, qu'elle était capable de déterminer des crises de goutte, sinon la goutte elle-même. D'autres aliments étaient bien tolérés et on avait été ainsi amené à ne pas tenir compte uniquement de la quantité d'aliments qu'un

goutteux pouvait absorber sans dommage, mais aussi et surtout de la qualité de ces aliments.

Bien évidemment, ces notions étaient uniquement basées sur l'empirisme et le problème n'est entré véritablement dans son état actuel que grâce aux recherches de la fin de la première moitié et de la fin de la deuxième moitié du siècle précédent où furent bien mis en évidence, d'une part les relations entre la goutte et l'acide urique, d'autre part les processus qui président à la formation et à la destruction de ce dernier corps.

Rappelons-en les principales étapes.

La découverte de l'uricémie par GARROD devait avoir la plus grande influence sur la réglementation du régime alimentaire des goutteux. On a cru, en effet, qu'on allait sortir de l'empirisme, car au point de vue chimique on a cru établir que d'une part l'hyperuricémie était due à un excès d'apport d'acide urique, que d'autre part il ne fallait pas chercher ailleurs la cause de la goutte, qu'elle en était la condition capitale, pour ne pas dire unique.

Cette conception pathogénique de la goutte qui repose entièrement sur un trouble du métabolisme de l'acide urique va entraîner des conséquences thérapeutiques immédiates.

L'aboutissement des constatations auxquelles amenèrent les travaux de KOSSEL (1880-1888) et de FISCHER (1897), le résultat des observations que permirent les expériences d'HORBACZEWSKI (1889) et de SPITZER (1899) fut l'étude systématique de la teneur en acide urique

des principaux aliments et la soustraction du régime des gouteux des corps riches en cet acide : nous n'en rappellerons pas la multiplicité, les tables que renferme tout précis de thérapeutique les fournissent.

Cependant, les auteurs mêmes auxquels nous sommes redevables des premiers travaux sur le métabolisme de l'acide urique dans la goutte, FISCHER et KOSSEL (1898), MINKOWSKI (1907) et plus tard CHAUFFARD et LOEPER (1918) s'élevèrent contre la tendance à expliquer tous les cas de goutte par l'hyperuricémie. Ils montrèrent que « goutte et acide urique n'étaient pas exclusivement synonymes ».

Et en effet, les arguments ne manquent pas pour réfuter dans un premier temps cette théorie selon laquelle l'hyperuricémie est due à un excès d'apport alimentaire d'acide urique : supposons cependant, comme on a pu le croire un moment, qu'il en soit ainsi ou même que tout se passe comme s'il en était ainsi. La suppression des aliments riches en purines s'impose alors et le régime sera choisi et dirigé de telle façon qu'il ne comporte que des aliments à pouvoir générateur d'acide urique faible. Ces aliments sont résumés dans des tableaux que, nous l'avons dit, reproduisent tous les livres de thérapeutique et ce fait qu'ils figurent dans tout livre même récent montre la part considérable qu'on attribue toujours au rôle que peut jouer dans la goutte l'ingestion d'aliments riches en purines. Nous empruntons au Précis de thérapeutique de MM. CARNOT, RATHERY et HARVIER le tableau sui-

vant où se trouvent classés, parmi les aliments à exclusion d'un régime hypopurinique :

Viande (veau, jambon).

Abats (ris, foie, cervelle, rognons).

Légumineuses : lentilles, haricots, pois.

Thé, café, chocolat.

et parmi les aliments qui doivent y figurer :

Lait, œufs, fromages.

Beurre.

Céréales et leurs dérivés : pain, farine, pâtes.

Légumes (sauf légumineuses, champignons, asperges).

Fruits.

Il est incontestable qu'il existe de nombreux cas de gouteux qui n'ont, en suivant ce régime, pas observé d'accès pendant des mois et chez qui l'absorption d'une cervelle ou de légumineuses par exemple a déterminé aussitôt un accès de goutte.

Mais par contre notre Maître le Docteur MATHIEU-PIERRE WEIL a insisté sur d'autres observations de gouteux qui, bien que ne limitant nullement leur régime, ne faisaient pas d'accès et de gouteux qui, bien que suivant un régime strictement apurinique, faisaient des crises à des aliments non générateurs d'acide urique. Enfin, dans un troisième ordre de faits, même dans les cas où la restriction de ces aliments entraîne l'espacement des crises, a-t-on le droit de conclure que le seul fait de supprimer l'apport de purines a supprimé les accès de goutte ?

Et si, de ces trois dernières objections, on voulait

n'en garder qu'une, nous croyons que la plus troublante, celle qui rapporte un fait indéniable et positif, est cette constatation que, en dehors des corps riches en acide urique, il en est toute une série qui, tout en ne renfermant pas d'acide urique, sont capables de donner des crises de goutte. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce point.

Il ne suffit pas d'un excès d'apport d'acide urique pour qu'il en résulte une hyperuricémie.

Par ailleurs, peut-on prétendre que l'hyperuricémie soit cause de la goutte ? Certes non et l'on a bien observé chez de nombreux gouteux, d'une part que l'hyperuricémie n'était pas constante, d'autre part qu'elle pouvait exister sans qu'apparaissent d'accès.

Il est, dans un dernier ordre d'idée, un fait qui nous semble extrêmement significatif en ce sens que, même en admettant que la théorie uricémique de la goutte puisse être admise dans toute sa rigueur, il démontre qu'elle ne peut être conçue dans le sens d'un excès d'apport d'acide urique : c'est qu'un individu normal, avec une alimentation normale, ne présente pas d'hyperuricémie et ne fait pas de crises de goutte.

Ce fait, sur lequel avait également insisté M. P.-L. VIOLLE lorsqu'il disait que la tendance à l'uricémie n'est pas due à une rétention d'acide urique et ne tient pas à un apport d'acide urique exagéré car « un sujet sain, sous l'influence d'une alimentation riche en purines, ne présente pas d'uricémie » contribue à mettre en relief le défaut de relation de cause à effet, au moins direct et immédiat, qui existe entre ces trois

échelons dont nous venons de rechercher les points de contact mutuels : l'apport d'acide urique, l'hyperuricémie, la crise de goutte.

Il faut donc chercher autre part et tenter de donner, en examinant d'autres théories, une explication plus satisfaisante au problème pathogénique et, partant, une base plus solide aux prescriptions diététiques que nous serons ainsi amenés à formuler.

Quand, en terminant ce chapitre, nous aurons remarqué qu'en particulier dans les maladies du rein où le taux d'acide urique dans le sang est augmenté de façon notable il n'existe pas d'accès de goutte chez un individu non goutteux jusqu'alors, force nous sera bien d'admettre que l'excès d'acide urique dans le sang ne suffit pas à expliquer la crise, que même l'excès d'apport, quel que soit le sujet, n'est qu'un élément faible qui cependant justifie l'existence des tableaux de régime dont nous avons parlé et qu'il est nécessaire maintenant de passer en revue un certain nombre de théories qui ont été successivement invoquées; nous verrons à leur sujet que chacune a entraîné des conséquences diététiques particulières.

*
**

Examinons d'abord la théorie pathogénique rénale qu'avait déjà défendue GARROD pour l'abandonner ensuite. Cette théorie a pour substratum une rétention de l'acide urique par un rein dont le pouvoir d'élimination est diminué. Cette insuffisance d'élimination

rénale a été surtout soutenue par THANNHAUSER qui, distinguant une goutte primaire constitutionnelle et une goutte secondaire, ne note la présence de symptômes de néphrite que dans la seconde. Si de fait il est assez fréquent de noter les signes d'une affection rénale chez le goutteux, il semble bien osé de dire avec CRITZMAN que « l'hyperproduction urique est le seul agent pathogène de la goutte » et que « la néphrite chronique d'emblée est la seule cause efficiente ». « Il n'y a pas de goutte sans acide urique, écrit-il. Avec l'acide urique, il n'y a pas de goutte sans néphrite chronique. » Le traitement, tel que le conçoit cet auteur, est bien évidemment un traitement étiologique. Mais revenons à la théorie de THANNHAUSER qu'a repris également ISAAC. On lui a objecté que l'hypothèse d'une diminution ou d'une abolition aussi élective d'une fonction éliminatrice du rein ne pouvait que difficilement être soutenue et UMBER et LOEWENHARD s'appuient, pour la combattre, sur les arguments suivants : dans de nombreux cas de néphrite chronique la rétention de l'acide urique est plus importante que dans la goutte sans que pour cela la goutte apparaisse et, par contre, chez le goutteux, le rein est perméable à l'acide urique lors des accès. Enfin, les cas incontestés de goutte sans hyperuricémie plaident encore contre la théorie de THANNHAUSER.

Cependant comme aucune hypothèse ne doit être rejetée d'une façon absolue et qu'il est hors de conteste que jusqu'à ce jour aucune interprétation pathogénique n'a encore été jugée assez satisfaisante pour

rallier l'unanimité des opinions, il est nécessaire de tenir compte de la théorie rénale en vue d'établir les principes d'une thérapeutique : si véritablement l'hyperuricémie était conditionnée par une insuffisance rénale, ceci comporterait une diététique bien spéciale : le régime hypoazoté. Ici encore, nous emprunterons au Précis de Thérapeutique de MM. CARNOT, RATHERY et HARVIER les tables d'alimentation qui vont suivre. Ces auteurs répartissent les aliments en trois catégories d'après leur teneur en albumine :

1° Aliments riches en albumine (plus de 20 %) :

Toutes les viandes.

Tous les poissons.

Toutes les légumineuses : pois, lentilles, haricots, fèves.

Le riz.

Les fromages gras ou maigres.

Les noix, noisettes, amandes.

2° Aliments de teneur moyenne en albumine (10 à 12 %) :

Huîtres, moules, coques.

Oeufs (1 œuf de 50 grammes = 6 grammes d'albumine).

Pain. Farines : froment, avoine, maïs, riz, manioc, arrow-root.

Pâtes alimentaires.

3° Aliments pauvres en albumine (2 à 5 %) :

Pommes de terre : 2 %.

Crosnes, topinambours, choux divers.

Légumes verts : haricots verts, endives, salades, artichauts, céleri, épinards, asperges, betteraves, navets, carottes.

Tomates.

Melon.

Beurre.

Miel.

Lait (4 p. 1.000).

Tous les fruits, sauf les noix, les noisettes, les amandes.

Ces tables permettent de combiner des régimes qui, tout en étant variés, ne renferment qu'une quantité très modérée d'albumine. En outre seront prescrits la diète hydrique une ou deux fois par semaine, les cures hydro-minérales, les purgations, les petites saignées.

La théorie pathogénique hépatique a également été défendue : elle met en cause une insuffisance de destruction de l'acide urique par le foie ; c'est à ce sujet qu'on a voulu faire intervenir une insuffisance de l'uricase.

Quoi qu'il en soit, et des seuls points de vue clinique et sérologique, on sait que CHAUFFARD et GRIGAUT joignaient l'hypercholestérinémie à l'hyperuricémie comme test sérologique caractéristique de la goutte. CHAUFFARD, BRODIN et GRIGAUT ont d'ailleurs écrit que, si la goutte aiguë est commandée par l'hyperuricémie, elle est favorisée par la déficience rénale et l'insuffi-

sance hépatique. Ces derniers auteurs rattachent très nettement l'hyperuricémie goutteuse à une forme spéciale d'insuffisance hépatique. A. GOVAERTS pense également que « la cause principale des manifestations goutteuses est dans l'accumulation chronique des substances génératrices d'acide urique. Cette accumulation peut être renforcée par un barrage hépatique ou rénal ». On sait que CHAUFFARD et LOEPER avaient déjà noté la tuméfaction douloureuse du foie pendant les crises de goutte. Enfin VOLKMAR fait jouer au foie un rôle capital dans cette affection : d'après cet auteur, toutes les affections qui lèsent le foie engendrent la goutte ; c'est pourquoi il est indispensable de surveiller le foie dès l'enfance.

Si donc on admet la fréquence, chez le goutteux, de la constatation de ces divers symptômes : gros foie, hypercholestérinémie, lithiase biliaire associée, tous signes que l'on peut interpréter comme relevant d'une insuffisance hépatique, on aboutit immédiatement à la conclusion pratique suivante : la mise en œuvre chez le goutteux d'un régime d'insuffisance hépatique, régime hypoazoté, qui évitera soigneusement la viande et surtout le foie, la cervelle, les rognons, le café, le thé, le chocolat mais comportera par contre des légumes, du lait et des aliments sucrés.

En outre la thérapeutique habituelle de l'insuffisance hépatique sera appliquée à ces malades : cures hydro-minérales, petits laxatifs.

On a vu que cette théorie hépatique, basée sur l'insuffisance de destruction de l'acide urique dans le foie,

laissait supposer une insuffisance de l'uricase grâce à laquelle s'exercerait la fonction uricolytique du foie.

A cette théorie on a opposé deux objections : l'uricase a été décelée chez le chien, elle ne l'a jamais été chez l'homme : elle est donc, chez lui, hypothétique; ensuite et surtout l'acide urique est un produit terminal.

Et cependant, quelle que soit la valeur des objections que l'on a faites à cette théorie hépatique, l'effet du traitement n'est pas contestable. Nous nous réservons toutefois de dire plus loin comment nous croyons pouvoir interpréter ses résultats.

Enfin, à côté de la théorie qui met en cause une insuffisance d'élimination de l'acide urique par le rein et de celle qui a pour base une insuffisance de destruction de l'acide urique par le foie, il est une troisième théorie qu'il faut envisager : celle du défaut de solubilisation de l'acide urique que l'on a invoquée dans ces dernières années pour expliquer sa rétention dans l'organisme.

On sait que l'acide urique et les urates sont peu solubles et l'on admet que c'est à leur combinaison avec l'acide nucléique (MINKOWSKI), l'acide thyminique (SCHMOLL) qu'ils doivent d'être maintenus en solution. Cette donnée a tout naturellement conduit à penser que, dans certaines circonstances, il ne devait pas être impossible qu'il y eut une tendance à la précipitation de l'acide urique et à son accumulation secondaire dans le tissu conjonctif et dans les

cartilages et c'est ainsi qu'a pris forme cette nouvelle conception de la goutte, maladie de précipitation. La crise de goutte devenait ainsi une crise de précipitation urique provoquée non pas par un excès d'apport d'acide urique ou une insuffisance fonctionnelle hépatique par exemple, mais par un brusque changement de l'état colloïdal des humeurs, par un bouleversement que LINOSSIER et G. MONOD rapprochaient de l'anaphylaxie (1923), par un choc. CHAUFFARD, en 1922, avait déjà comparé les états gouteux au choc colloïdo-classique par rupture de l'équilibre humoral. LOEPER, en 1927, insiste sur ce fait qu'à la faveur d'intoxication, de fatigue, d'alimentation excessive, d'injections de sérum, de maladies, etc., se déclanchent des réactions aiguës dont la plus fréquente et la plus typique est l'attaque de goutte aiguë. Tel est également l'avis de GUDZENT, de K. HARPUDE. On a depuis longtemps remarqué d'ailleurs certaines analogies et les alternances possibles de la crise de goutte avec l'asthme, l'urticaire et constaté que le gouteux pouvait être sensibilisé particulièrement à certaines substances alimentaires : vins de Bourgogne, de Porto, de Champagne — truffes, oscille, asperges, rhubarbe — cacao, chocolat, etc., et c'est ainsi que pour épargner au gouteux toute surprise désagréable on en arriva à lui prescrire un régime draconien.

A vrai dire, il ne faut pas croire que le fait de supprimer tout à un individu le mette à l'abri de la crise de goutte.

Nous avons eu l'occasion, avec notre Maître le Doc-

teur Mathieu-Pierre WEIL, d'observer deux goutteux qui suivaient depuis des années des régimes d'une sévérité extrême. L'un était le fils d'un goutteux pléthorique et obèse qui avait multiplié les erreurs alimentaires. Il s'était juré, dès l'âge de raison, de ne pas tomber dans les erreurs paternelles et s'était astreint de manière stricte à un régime lacto-fruitorvégétarien. Jamais il ne goûtait aux boissons renfermant de l'alcool. Il était suivi de près par son médecin, le Dr LÉOPOLD-LÉVI. Ce fut un des goutteux les plus graves, les plus incurables qu'il nous fut permis d'observer. L'autre malade était un goutteux, fils de goutteux, qui, à la suite de ses premières attaques, s'était soumis également à un régime d'étroite restriction : cela n'empêcha pas l'évolution inéluctable de sa maladie.

On a par conséquent abusé peut-être de ces notions trop exclusives. Ne sait-on pas d'ailleurs que la cause provocatrice peut ne pas être un aliment bien défini, une boisson alcoolique ou un écart de régime mais tout aussi bien une impression extérieure telle que le froid, le surmenage, un traumatisme. Cette notion est très importante et nous y reviendrons.

Si donc le régime des goutteux doit être tout à la fois un régime de restriction globale, azotée et purinique, il faut savoir qu'un pareil ostracisme n'est de mise que chez les goutteux obèses, surnourris, souvent goutteux de première génération, et que chez ces malades mêmes il est des facteurs encore plus importants à éviter, l'alcool, certains alcools surtout, et

le traumatisme. Mais à côté de ces malades, il est d'autres gouteux, gouteux héréditaires, maigres souvent, nerveux, agités, instables ; loin de restreindre l'alimentation globale de ceux-ci, il faut souvent la stimuler au contraire, et en supprimer moins de manière globale tous les mets azotés ou puriniques que les substances vis-à-vis desquelles une sensibilité particulière se manifeste, et qui ne sont pas toujours les substances carnées.

IV. — CRITIQUE DES INDICATIONS DIETETIQUES DE LA GOUTTE

Nous venons de passer en revue les solutions successives qui ont été données au problème pathogénique que pose la goutte, nous avons vu les applications diététiques que chacune d'elles comportait, l'apparition de chaque théorie nouvelle ayant pu faire croire que la science allait expliquer, codifier les données de l'empirisme.

En réalité, jusqu'à quel point cette prétention peut-elle se défendre ? La théorie permet-elle de régler la thérapeutique du gouteux ?

Dans un premier ordre d'idées nous avons vu que le gouteux devrait écarter de son régime les purines : rognons, foie, ris de veau et restreindre les albumines. Est-ce à dire qu'une alimentation même riche en purines soit à coup sûr génératrice de crises de goutte ? Nous connaissons des exemples de malades qui, bien que ne limitant en rien leur alimentation, ne font pas de crises de goutte. Aussi croyons-nous utile de rappeler ici la première phrase de l'article de notre Maître le Docteur Mathieu-Pierre WEIL sur le Régime alimentaire des gouteux :

« Plus que dans aucune autre maladie, le régime alimentaire, chez le gouteux, doit être établi de ma-

nière généreuse, sans rigueur, sans exclusivisme absolu. »

Bien plus, si la présence dans l'alimentation d'un excès d'acide urique ne déclanche pas fatalement une crise de goutte, combien de gouteux au contraire font des accès typiques sans qu'il soit possible d'incriminer un excès alimentaire d'acide urique. HARPUDER a bien insisté sur ce fait tout en notant cependant qu'une alimentation riche en purines prédisposait davantage aux crises de goutte qu'un régime apurinique. Qu'il nous soit ici encore permis d'emprunter le passage suivant au même article de notre Maître, le Docteur Mathieu-Pierre WEIL qui, ayant énuméré la longue liste des aliments qu'au nom des différentes théories on a interdit au gouteux, écrit :

« Et pourtant, malgré tout cet ostracisme diététique, on a laissé au gouteux l'usage des substances les plus dangereuses pour lui.

« Plus dangereux qu'un plat de viande est un verre de Chambertin ! Plus dangereux souvent qu'un plat d'épinards est une tablette de chocolat ! Le gibier faisandé n'est pas plus riche en purines que le poulet et, cependant, il a sur le gouteux une influence autrement active. »

Et, parlant de certaines substances auxquelles certains gouteux sont électivement sensibles, M. Mathieu-Pierre WEIL écrit encore :

« Elles sont nocives comme le sont, chez les gouteux, les émotions, le surmenage, du fait d'un trouble

mystérieux soudain et profond qu'elles exercent sur l'individu.

Parmi ces différentes substances, certaines ont une action bien connue. Tel est le rôle particulièrement nocif des grands vins de Bourgogne, rouges surtout, mais blancs aussi. Telle aussi l'action du Porto, du Xérès, de certaines bières (stout, porter, ale forte), des vins du Roussillon, ainsi que des vins de Champagne chez certains. Le trouble si spécial que leur absorption, même à dose infinitésimale, détermine chez le gouteux, ne saurait passer inaperçu à un observateur vigilant. Par contre, les vins de Bordeaux, de la Moselle et, avec une constance moins parfaite, ceux du Rhin, de Chablis, de la Loire, n'ont aucune action nocive chez le gouteux, chez lequel de petites doses sont même recommandables à cause de leur pouvoir diurétique souvent marqué.

Ce qui est vrai des vins l'est pareillement du chocolat, du cacao, si particulièrement nocifs pour le gouteux, mais chez lequel le thé, qui renferme cependant les mêmes méthylpurines, a, à faible concentration, un pouvoir tonique et stomachique indéniables.

J'ai déjà cité le cas des viandes relevées, du gibier faisandé. Les truffes leur sont souvent en tous points comparables. »

Dans un second ordre d'idées, nous avons étudié quel pouvait être pour le gouteux l'intérêt de se soumettre à un régime d'insuffisance rénale ou hépatique.

En ce qui concerne le régime hypoazoté, qu'au

nôm de l'insuffisance rénale on peut être tenté d'appliquer au gouteux, on peut faire les mêmes remarques que pour ce qui est du régime apurinique ; et l'on sait que quantité de malades ont des lésions rénales très accentuées, des troubles de rétention fonctionnelle très prononcés sans présenter le moindre symptôme de goutte.

D'un autre côté, le traitement rénal le plus attentif chez un gouteux n'empêche pas, dans de nombreux cas, le retour des accès.

Surtout, au point de vue crise de goutte véritable, au fur et à mesure que la maladie évolue et que les lésions rénales deviennent de ce fait de plus en plus importantes, les manifestations aiguës disparaissent. Un porteur de tophi ne fait plus de crise aiguë de goutte et l'on observe ce fait, paradoxal pour celui qui ne veut se rallier qu'à la théorie rénale de la goutte, que plus les lésions rénales se développent, plus les crises de goutte s'espacent et diminuent.

La thérapeutique rénale est donc souvent en défaut et enfin il est difficile de comprendre, si vraiment l'insuffisance rénale est à la base des manifestations gouteuses, la brutalité de la crise de goutte, survenant en outre à l'occasion de facteurs qui semblent indépendants du rein.

De plus, toutes ces objections s'appliquent aussi bien à la théorie hépatique de la goutte et en résumé, ce qui frappe dans cette étude critique de la goutte que l'on veut essayer de codifier, c'est que le problème pathogénique qu'elle pose n'a pas encore reçu de solution

satisfaisante et que les explications qu'on en a voulu donner ne tiennent pas compte d'un fait capital : la disproportion qui existe dans un grand nombre de cas entre l'accident dramatique de la crise de goutte et le facteur minime qui a suffi à la déclancher, facteur très limité en ce sens qu'on ne peut pas dire qu'un gouteux soit sensible à toutes les purines par exemple : il sera sensible aux rognons, ne le sera pas aux légumineuses.

Il n'y a donc pas de traitement de la goutte, il y a des traitements des gouteux et c'est à ce véritable état de sensibilisation générale bien spécial et bien personnel que le gouteux, soumis à l'action de telle ou telle influence climatique bien particulière, de telle ou telle substance alimentaire bien définie, est redevable de sa crise de goutte.

Et dans le cadre du régime alimentaire, nous pouvons dire que la crise éclatera à l'occasion de l'ingestion d'un aliment spécial, qu'il soit azoté ou non, riche ou pauvre en purines, pris en petite ou grande quantité et ceci montre bien l'importance du facteur sensibilisation.

A vrai dire, on peut faire une classification des aliments auxquels le gouteux est sensible ; il convient d'éviter chez lui, ainsi que le rapporte Mathieu Pierre WEIL « les crudités, sauces, ragoûts, salaisons, fritures, mets relevés et épicés et tout spécialement les aliments collagènes et gélatineux, gelée de viande, tête de veau, pieds de porc, charcuterie grasse, viande

grasse, poissons gras, etc. » Or tous ces aliments sont mal supportés par le foie.

Citons encore le café, le thé, toutes substances retenant tant soit peu d'alcool qui ne conviennent pas aux nerveux.

Enfin, il est un groupe d'aliments tels que rhubarbe, oseille, etc., vis-à-vis desquels la sensibilisation de certains goutteux n'est pas douteuse.

Il est donc préférable de supprimer les aliments que nous pourrions désigner sous le terme d'aliments hépatiques et aliments nervins.

Quant aux derniers, les aliments d'hypersensibilité, ils sont à interdire strictement.

Est-ce à dire que nous allons donner en surabondance des aliments générateurs d'acide urique aux goutteux, certes non ! On pourra lui permettre un régime carné à la condition qu'il soit modéré mais il fera bien, chaque fois que cela lui sera possible, d'observer un régime autant que possible fruitarien et végétarien. Encore convient-il de ne jamais perdre de vue la distinction entre goutte héréditaire et goutte acquise, cette dernière étant presque toujours due à l'alcool et le régime devant par conséquent être particulièrement intransigeant sur le chapitre des boissons.

Voici la liste des aliments à défendre aux goutteux, telle que la conçoivent MM. WEISSENBACH et FRANÇON : Viscères, viandes gélatineuses, toutes les charcuteries sauf le jambon maigre, gibier faisandé ou mariné, viandes conservées, fumées, marinées ou salées, foie gras, extraits de viande et bouillon préparé

avec des extraits ; ceci pour les aliments d'origine animale. Parmi ceux d'origine végétale, ces auteurs rangent l'oseille et la rhubarbe. Dans les boissons : le thé et le café forts, le Champagne, le Bourgogne, le Xérès, le Porto et les autres vins de liqueur ; les apéritifs et les liqueurs. Enfin sont défendus les plats ou sauces suivants : farces, pâtés de viande et de poisson, civets, bisques d'écrevisses, canard au sang, mets fortement relevés ou épicés, sauces aux vins, mayonnaise.

Insistons enfin sur ce fait capital que très souvent, dans le déterminisme de la crise de goutte, n'intervient aucun facteur alimentaire mais uniquement un facteur extérieur, traumatisme, froid, émotion ; et ceci met plus encore en évidence cette sensibilité des gouteux, certains étant sensibles au froid, indifférents au traumatisme ; le facteur de sensibilité personnelle n'est donc pas contestable et cette notion comporte des déductions thérapeutiques bien particulières également.

*
* *

Dans la diététique du gouteux intervient une étude minutieuse de chaque malade et des conditions qui président à l'apparition des crises de goutte : ce sont elles qu'il va falloir supprimer, sans tenir compte des théories qui ont souvent obscurci le problème diététique.

Toutes ces considérations sont vraies pour la crise de goutte. Il est superflu de dire que la diététique la plus sévère ne supprime pas la maladie et qu'il restera toujours un traitement de fond à envisager, celui de la goutte chronique, traitement difficile car la thérapeutique n'a plus alors la moindre spécificité.

Il n'en reste pas moins vrai qu'il s'agit encore et toujours de malades sensibles ; cette sensibilité, cette instabilité humorale pourra-t-on la traiter par la diététique ? Il faut, pour répondre à cette question, tenir compte de plusieurs notions qui comportent des sanctions thérapeutiques dont l'influence peut avoir quelques chances d'agir même indirectement sur ce terrain goutteux : l'insuffisance hépatique semble jouer un rôle à l'origine de certaines sensibilisations et s'il en est ainsi cette diminution de la fonction hépatique sera l'indication d'un régime de restriction alimentaire tant en graisses qu'en azote.

On sait aussi la part nerveuse très importante dans l'établissement et les manifestations de cet état d'instabilité du goutteux et les prescriptions diététiques qu'elle peut amener à formuler.

Ainsi donc, nous croyons qu'il est indispensable de tenir compte avant tout de l'état d'hypersensibilité du goutteux. Encore une fois, nous n'en voulons pour preuve que cet aspect spécial de la goutte avec son état de fond sur lequel se greffent les accès, le début brutal de ces accès, leur caractère d'être provoqués par certaines substances, leur disparition quand on

parvient à supprimer les substances qui les ont fait naître.

Nous croyons de plus qu'il est utile de ne pas vouloir méconnaître les indications qu'a pu nous donner l'empirisme qui, lorsqu'il a montré qu'il existait des aliments favorables et des aliments défavorables aux gouteux, leur a rendu grand service, quand ce ne serait qu'en rendant plus supportable leur régime qu'au nom de la seule logique scientifique on a été tenté de rendre infiniment trop sévère : dans cet ordre d'idées nous rangeons les cures de fruits et nous savons le prix que LINNÉ attachait à la cure de fraises qui, selon ses dires, lui aurait durant vingt ans évité la goutte !

CONCLUSIONS

I. — Il n'est pas possible, à l'heure actuelle, de réduire la goutte à une affection simplement liée à une surcharge des tissus en acide urique.

II. — La suppression de toutes les substances d'origine purinique ne suffit pas à empêcher l'éclosion des accidents goutteux.

III. — Il est curieux de noter la toxicité pour le foie de divers aliments et de certains alcools ; il est donc important d'éviter les aliments dont la nocivité particulière pour le foie est indiscutable.

Les aliments nervins sont de même toujours à déconseiller.

IV. — Le principe diététique essentiel en matière de goutte est la suppression des aliments vis-à-vis desquels l'individu présente de l'hypersensibilité : leur proscription s'impose, rigoureuse et absolue.

V. — Des traumatismes, de minuscules traumatismes souvent, semblent avoir, sur le déclenchement des crises de goutte, une influence parfois bien plus importante que certains aliments riches en purines.

VI. — Le régime alimentaire des gouteux est beaucoup plus en liaison avec ces divers facteurs, insuffisance hépatique, hypersensibilité, dont toute l'étude de la maladie nous fait pressentir l'importance, qu'avec une teneur plus ou moins abondante en acide urique qui, indiscutablement, paraît absolument incapable de nous expliquer la genèse des phénomènes.

Vu : LE DOYEN :

G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

F. BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

1. C. BRICOUT. — Les grandes indications dans la thérapeutique de la goutte. *Le Journal Médical Français*, juin 1924.
2. CARNOT, RATHERY, HARVIER. — Précis de thérapeutique.
3. A. CHAUFFARD. — Le Traitement de la goutte. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 décembre 1925.
4. D. CRITZMAN. — La goutte.
5. A. FLORAND et M. FRANÇOIS. — La Goutte et l'Obésité.
6. A. GOVAERTS. — Thérapeutique de la goutte. *Bruxelles Médical* 10 avril 1927.
7. F. GUDZENT. — Gicht und Rheumatismus.
8. F. GUDZENT. — Therapie der Gicht. *Klinische Wochenschrift*, 29 juillet 1928.
9. K. HARPUDE. — Die Behandlung der Gicht. *Zentralblatt für innere Medizin*, 1932, n° 9.
10. S. ISAAC. — Die Behandlung der Gicht. *Zeitschrift für ärztliche Behandlung*, 1932, n° 5.
11. G. LINNOSSIER et G. MONOD. — Les Maladies de la nutrition en 1923. *Paris Médical*, 5 mai 1923.
12. LLEWELYN JONES. — La goutte.
13. H. PAILLARD. — La goutte. *Journal Médical Français*, mars 1929.

14. J. PIÉRI. — Les idées modernes sur la pathogénie et le traitement de la goutte. *Marseille Médical* 25 octobre 1928.
15. J. SCHNEIDER. — Les idées actuelles sur le traitement général de la goutte. *Les Sciences Médicales*, 31 mai 1931.
15. F. UMBER. — Frühsymptome von Zuckerkrankheit, Fettsucht und Gicht, ihre Vorbeugung und Behandlung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 1^{er} et 15 novembre 1930.
17. VOLKMAR. — Die Gicht ihre Ursache und ihre ursächliche Behandlung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 15 octobre 1930.
18. M.-P. WEIL. — Le régime alimentaire des gouteux. *Le Monde Médical* 1^{er}-15 juin 1927.
19. R.-J. WEISSENBACH et F. FRANÇON. — Hygiène des gouteux et des rhumatisants.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
HISTOIRE DU RÉGIME	15
LES THÉORIES PATHOGÉNIQUES DE LA GOUTTE ET LEURS APPLI- CATIONS DIÉTÉTIQUES	19
CRITIQUE DES INDICATIONS DIÉTÉTIQUES DE LA GOUTTE	38
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	45

